

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

446

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Juin 1899, à 1 heure

Par M^{me} F. WOLFENSOHN

Née WAISBORD

Née à Simféropol (Russie), le 15 Décembre 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACROPARESTHÉSIE

Président : M. POTAIN, Professeur.

Juges : MM. } LANCEREAUX, Professeur.
} WIDAL et TEISSIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 Juin 1899, à 1 heure

Par M^{me} F. WOLFENSOHN

Née WAÏSBORD

Née à Simféropol (Russie), le 15 Décembre 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACROPARESTHÉSIE

Président : M. POTAIN, Professeur.

Juges : MM. } LANCEREAUX, Professeur.
} WIDAL et TEISSIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie comparée et expérimentale.....		N....
Clinique médicale.....	}	CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	}	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....		RAYMOND.
		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARBIN.	LANGLOIS.	SEBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

446

A MON FILS

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'Honneur.

PRÉFACE

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder la question que nous nous proposons d'étudier, d'accomplir envers nos maîtres un devoir des plus agréables.

Il nous est si rarement donné de manifester les sentiments qui nous animent vis-à-vis de nos professeurs, que nous embrassons avec empressement l'occasion de leur apporter publiquement le témoignage de notre profonde reconnaissance, pour tous les efforts qu'ils se sont donnés pour mieux nous enseigner l'art difficile de la médecine.

Nous remercions avant tout notre éminent maître, M. le professeur Tillaux, dans le service duquel nous avons eu le plaisir de rester plus d'un an.

C'est là que nous avons puisé nos premières notions de chirurgie.

Grâce à ses excellentes leçons cliniques, claires comme la langue française elle-même et précises comme un Traité de Mathématiques, nous avons appris à nous orienter dans le vaste champ de la chirurgie.

Enfin, la tendresse paternelle avec laquelle ce maître a l'habitude de traiter ses malades, nous a montré

quelle doit être la règle de conduite du médecin envers le patient.

Nous lui en saurons toujours infiniment gré et n'oublierons jamais le temps que nous avons passé dans son service.

Que MM. les docteurs Kuffer et Petit reçoivent également ici l'expression de notre gratitude. Ils ont fait tous leurs efforts pour nous donner un bon enseignement et nous leur en serons toujours reconnaissants.

Nous remercions aussi tous les autres professeurs qui, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux, nous ont initié aux problèmes de la Médecine et de la Chirurgie moderne et allumé dans notre esprit l'amour de la science médicale.

C'est à eux que nous devons l'amour de la médecine en général et de la médecine française en particulier.

Nous en emportons avec nous, dans notre pays lointain, un souvenir ineffaçable.

Nous sommes heureux d'exprimer à M^{me} le docteur Nageotte, ancien interne des hôpitaux de Paris, notre reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle elle a voulu nous présenter les malades, qui ont servi de base à notre thèse.

Que M. le professeur Potain reçoive particulièrement l'expression de notre admiration profonde.

Nous avons suivi pendant longtemps les brillantes et incomparables leçons faites aux lits des malades par cet éminent maître et avons eu maintes fois l'occasion de nous convaincre dans son service, ce véritable tem-

ple de la clinique moderne, qu'il y a des rares élus pour lesquels la médecine n'a vraiment pas de secrets.

C'est dans son service que nous avons pu nous rendre compte de certaines finesses de la science médicale et qui, partout ailleurs, nous auraient échappé.

L'image de ce grand maître restera toujours gravée dans notre mémoire:

Nous remercions, enfin, infiniment M. le professeur Potain, de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le nom d'acroparesthésie est de date relativement récente.

En 1892, Schultze a décrit sous ce titre une affection particulière, déjà étudiée en Allemagne et en Angleterre sous d'autres dénominations et qui consiste en engourdissements et fourmillements périodiques des doigts et des mains et rarement des membres inférieurs.

En France, on ne connaît guère cette maladie que par les travaux de M. le professeur Gilbert-Ballet, publiés en 1895 (*Semaine médicale*) et en 1897 (*Leçons de Cliniques médicales*), par la thèse de M. le Dr Chabot (Lyon, 1895) et par la communication du Dr Gallois (*Bulletin médical*, 1898).

Ce sont là, à notre connaissance, tous les travaux publiés en français à ce sujet. Mais de la rareté des publications françaises il ne s'ensuit nullement que l'acroparesthésie soit une affection très rare, ne pouvant intéresser que les spécialistes en neuropathologie.

Nous aussi, au début, nous avons partagé avec beau-

coup d'autres cette erreur que l'acroparesthésie ne se rencontre que dans les cas exceptionnels.

Mais l'étude attentive du sujet nous a donné la conviction que c'est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

C'est ainsi que pendant trois ou quatre mois, M. le Dr Gallois a observé, en 1897, à la consultation externe de Lariboisière, treize malades atteints d'acroparesthésie. Il nous a donc semblé intéressant de passer en revue tous les travaux relatifs à cette question, d'autant plus que la maladie étant assez commune, chaque praticien pourrait rencontrer dans sa clientèle des cas de ce genre.

De plus, nous avons pu nous procurer, grâce à la complaisance de M^{me} le Dr Nageotte, ancien interne des Hôpitaux de Paris, trois observations d'acroparesthésie, dont deux où l'étiologie est nettement indiquée ; et comme c'est précisément l'étiologie qui constitue la partie la plus obscure de l'affection, nous avons cru nécessaire d'insister un peu plus sur ce point. Si notre effort pouvait jeter un peu de lumière sur cette question obscure, nous en serions largement récompensée.

HISTORIQUE

Nous avons déjà dit que les premières observations d'acroparesthésie ont été publiées en Allemagne et en Angleterre. Il ne faut cependant pas remonter, même pour ce pays, au-delà de 1880 pour trouver la première observation en date. Il y a bien eu, en 1867, un travail de Nothnagel, ayant pour titre : *Contribution à l'étude des Névroses vaso-motrices* et qui semble se rattacher à la question qui nous intéresse. Mais ce n'est là qu'une simple apparence.

La maladie décrite par Nothnagel doit être considérée, ainsi que nous le verrons plus tard, comme une entité morbide particulière qui, malgré certaines ressemblances avec l'affection qui nous occupe, doit en être séparée et étudiée à part. Il s'agit dans ce travail d'un certain nombre de malades du sexe féminin, arrivées toutes à l'âge adulte, ou même à la vieillesse, et obligées de par leur profession d'avoir trop souvent leurs mains dans l'eau froide ou de fatiguer leurs doigts par un travail intensif. Toutes ces malades se plaignaient de sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les extrémités supérieures, accompagnée

quelquefois de douleurs excessivement violentes ; elles rattachaient toutes leur mal à l'action de l'eau froide ou du froid.

Le premier travail sur l'acroparesthésie proprement dite n'a été publié qu'en 1830, par un auteur anglais, le docteur Putnam, sans que cependant ce dernier lui ait donné le titre dont nous nous servons dans notre travail. Il l'a seulement décrite, comme une paresthésie des mains probablement d'origine vaso-motrice.

Vient après le travail d'Ormerod, en 1883. Nous trouvons ici plusieurs observations de femmes atteintes de l'affection en question.

Chez ces malades, toutes des multipares, la maladie s'est déclarée au moment de la ménopause et survenait ordinairement par crises pendant la nuit et au réveil. Elle se manifestait par une sensation souvent bilatérale d'engourdissement et de fourmillements dans les mains et les bras. Les mains devenaient plus faibles, les doigts étaient parfois enflés. On n'a jamais observé ni la pâleur des téguments, ni la mortification des tissus, comme dans la syncope ou l'asphyxie locale des extrémités.

Toutes les observations se rapportent à des femmes ; l'auteur assure n'avoir jamais rencontré d'acroparesthésie chez l'homme.

Comme étiologie, nous avons ici également le froid, l'humidité ou le travail manuel exagéré. L'hystérie n'a pu être incriminée dans aucun de ces cas.

En 1884, Sinkler cite neuf observations présentant le même tableau clinique et concernant toutes des femmes.

D'après cet auteur, la maladie qui dure des mois et des années, frappe surtout la zone des nerfs médian et cubital et doit être rattachée à une cause centrale, notamment à l'hypérémie de la moelle cervicale favorisée par le décubitus dorsal.

En 1885, Sandby publie un travail où il attribue l'affection non à la ménopause, comme Ormerod, mais plutôt aux troubles digestifs et à la dyspepsie.

Comme Ormerod, il n'a jamais rencontré cette maladie chez l'homme ; toutes les femmes atteintes n'avaient pas moins de 25 ans.

Smith (1885) croit que la névrose est d'origine centrale et dépend peut-être des troubles de la circulation pendant le sommeil.

En 1890, Rosembach, inspiré par les travaux de Schultze qui, le premier, a donné à la maladie qui nous intéresse le nom d'acroparesthésie, fait paraître un mémoire contenant plusieurs observations sur une affection singulière des extrémités des doigts et, dans le courant de cette même année (1890), le docteur Pierre Mohr, se servant des observations de Schultze, fait une thèse sur l'acroparesthésie.

Enfin, en 1893, le docteur Léon Laquer fait publier son mémoire sur le même sujet. Pour cet auteur, les manifestations de la maladie sont en tout identiques à celles décrites par Schultze en 1893, de sorte qu'il est évident qu'il s'agit d'une seule et même affection.

Ce sont là les principaux travaux qu'on trouve dans la littérature allemande et anglaise.

Quant à la Bibliographie française, nous répétons

qu'il faut citer en premier lieu le travail de M. le professeur Gilbert-Ballet, paru en 1895 dans la *Semaine médicale* et la Leçon clinique, du même auteur, publiée en 1897 et faite à propos de trois malades atteints d'acroparesthésie.

Puis, en 1895-1896, le Dr Chabot (Lyon) fait une thèse sur l'acroparesthésie. Enfin, en 1898, le Dr Gallois publie un article dans le *Bulletin médical* où il relate dix-neuf observations de cette affection, dont quelques-unes sont particulièrement intéressantes ; nous en tirerons des conclusions dans les chapitres qui vont suivre.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'acroparesthésie n'est pas encore bien élucidée et tous les auteurs la considèrent comme étant très obscure. Cette affection s'observe principalement chez les femmes, arrivées à l'âge de 30 ans et au-dessus. La période de la ménopause y semble prédisposer.

La profession des malades paraît avoir une grande importance : ce sont surtout les femmes exposées aux refroidissements et contraintes de plonger trop souvent et pendant longtemps leurs mains dans l'eau froide ou bien de manier certaines substances chimiques, tel que le sel ammoniac (Ballet) qui en sont le plus fréquemment atteintes. C'est pourquoi on a incriminé le froid et l'humidité comme cause de l'acroparesthésie.

Le rôle de l'hérédité n'est pas bien démontré. La plupart des auteurs ne mentionnent pas ce facteur comme pouvant être incriminé. Il existe toutefois une observation de M. Gallois où l'hérédité a certainement été en jeu. Il s'agit dans le cas de cet auteur d'une femme atteinte d'acroparesthésie à l'âge de 30 ans et dont la

mère présentait la même affection vers l'époque de la ménopause.

Le professeur Bernhardt indique les causes suivantes comme adjuvantes ou déterminantes :

- 1° La ménopause ;
- 2° La grossesse et la puerpéralité (surtout après un accouchement laborieux avec hémorrhagie) ;
- 3° L'anémie ;
- 4° Le surmenage professionnel (repasseuses, couturières).

Toutes ces causes se retrouvent souvent, mais il faut dire qu'elles sont loin d'être constantes.

Pour nombre d'auteurs, le tempérament nerveux constitue une prédisposition marquée pour cette maladie. La goutte, le rhumatisme (Ormerod), les phénomènes hystériques et épileptiformes ont été notés dans les antécédents de quelques malades, mais nous savons d'autre part que toutes ces tares que nous venons d'énumérer font défaut dans un grand nombre d'observations. Il en est de même de l'éthylisme.

Comme on le voit, aucun des auteurs qui ont traité la question de l'acroparesthésie n'indique la malaria parmi les causes de l'affection. Il est vrai que la fièvre intermittente a été notée plusieurs fois dans l'étiologie d'une maladie voisine de l'acroparesthésie : nous voulons parler des communications de Rey (1869), de Mourson (1873), de Fischer (1875) et du travail de Calnettes (1876). Mais dans ces publications il s'agit des rapports de la fièvre palustre avec l'asphyxie locale des extrémités (maladie de Maurice Raynaud) et nullement avec

l'acroparesthésie. Nous pouvons donc dire que les liens entre la fièvre paludéenne et la maladie que nous étudions n'ont pas encore été mentionnés et les observations que nous présentons ci-après sont les premières à cet égard.

Or, chez deux malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, les antécédents paludéens sont assez nettement marqués et parlent éloquemment en faveur de cette hypothèse, que le paludisme peut jouer un rôle important dans la genèse de l'acroparesthésie. Ainsi, dans le premier de nos cas, la malade qui a habité le Canada pendant 11 ans, a souffert d'une fièvre intermittente assez grave qui l'a obligée de garder le lit pendant six semaines. Elle se rappelle très bien avoir eu des accès nocturnes de frissons et de sueurs, et le médecin qui l'a traitée s'est prononcé pour le paludisme.

La deuxième de nos malades a également eu, à l'âge de 14 ans, une fièvre intermittente, qui n'était probablement autre que la malaria. Ce qui nous fait penser au paludisme, c'est qu'à l'examen on lui a trouvé à ce moment une grosse rate, qui a diminué de volume sous l'influence de la quinine.

Nous sommes d'autant plus encline à admettre cette hypothèse et rejeter l'idée d'une simple coïncidence de la malaria et de l'acroparesthésie que le traitement spécifique du paludisme a eu raison des manifestations de l'acroparesthésie : la dose moyenne de 0,75 centig. de quinine calmait presque aussitôt les fourmillements et les douleurs.

Il serait téméraire de notre part de tirer de nos obser-

vations une conclusion quelconque d'ordre général ; malheureusement, nous n'avons eu en notre possession que deux cas de nature palustre ce qui ne nous donne aucun droit à la généralisation. Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que le paludisme *peut* intervenir comme facteur étiologique dans la genèse de l'acroparesthésie. Il nous semble que deux cas positifs ont à ce point de vue beaucoup plus de valeur qu'un nombre bien plus considérable de cas négatifs.

Nous insistons tant sur ce point non parce que nous y attachons une importance exagérée, mais simplement pour attirer de ce côté l'attention des médecins. Nous savons très bien que ce ne sont que les recherches ultérieures plus détaillées et surtout basées sur une riche statistique, qui pourront définitivement trancher la question.

PATHOGÉNIE

Un certain nombre d'hypothèses ont été émises pour expliquer les phénomènes d'acroparesthésie ; les opinions sont très diverses, ce qui nous prouve bien l'insuffisance de nos connaissances sur la pathogénie de cette affection.

D'après Nothnagel, l'affection qu'il a décrite et qu'on croyait être l'acroparesthésie, est une névrose vasomotrice.

En faveur de cette hypothèse parle la pâleur extrême des parties malades, l'aggravation sous l'influence du froid et, au contraire, l'amélioration sous l'influence de la chaleur et d'autres agents vasodilatateurs.

Mais, d'un autre côté, nous savons que cette pâleur n'a pas été observée dans tous les cas et par tous les auteurs.

Il y a encore une objection à faire, c'est que la chaleur du lit agit au contraire comme excitant de la dou-

leur et produit tous les phénomènes d'acroparesthésie.

Aussi Schultze pense-t-il que les observations de Nothnagel doivent être regardées comme un syndrome tout à fait à part.

Faut-il chercher la cause de ces phénomènes, se demande Schultze, dans la névrite, c'est-à-dire dans l'altération anatomique des nerfs sensitifs et surtout de leurs terminaisons périphériques, ou est-ce peut-être une altération localisée du système nerveux central ?

Il est vrai que dans la névrite (surtout dans la névrite alcoolique), la paresthésie peut commencer par les doigts, mais dans la névrite, la douleur est beaucoup plus prononcée à la pression des troncs nerveux ; la marche de la maladie et l'absence de la progressivité qui va jusqu'à l'anesthésie et la paralysie, démontre que l'acroparesthésie n'est pas une névrite.

Schultze donne encore une hypothèse et pose la question, s'il ne s'agirait pas, surtout dans les cas où l'affection paraît limitée à un territoire nerveux déterminé ou bien siège dans les membres inférieurs, d'une prolifération des corpuscules de Renaut, qui sont si nombreux dans le névrilème des plexus lombaire et sacré et en particulier du plexus brachial.

Les recherches faites par plusieurs auteurs ont, en effet, démontré qu'on a rencontré assez souvent au niveau de ces plexus des lésions de ce genre, mais, ajoute Schultze, il faut attendre que de nouvelles recherches plus précises sur le plexus brachial des sujets atteints d'acroparesthésie aient été faites, pour supprimer tous les doutes.

La conclusion de Schultze est que l'acroparesthésie constitue une altération fonctionnelle et non organique.

Il la considère comme une manifestation locale d'un état général tel que la neurasthénie ou l'hystérie.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons dit que Schultze a, le premier, introduit dans la science le nom d'acroparesthésie ; mais cette maladie était connue avant sous d'autres dénominations.

Celle de Schultze nous paraît très bonne, car elle rappelle à la fois la nature et le siège de la maladie.

Nothnagel pose la question de savoir si nous sommes en droit de considérer cette affection comme une maladie autonome, et il répond affirmativement, au moins pour le présent, car il nous est impossible d'identifier cette maladie avec une autre maladie connue.

Il n'y a pas de doute que toutes les observations que donnent les différents auteurs ne sont pas identiques ; dans les unes, certains symptômes font défaut ; dans d'autres, on voit la maladie différer par les symptômes, la marche, l'intensité, le mode de début et de siège ; mais il en est de même dans les autres maladies et c'est pourquoi nous acceptons, avec bien d'autres,

l'opinion de M. Nothnagel, que l'acroparesthésie est une affection autonome.

L'acroparesthésie est un trouble de la sensibilité.

Les malades se plaignent de phénomènes d'engourdissement et de fourmillements qui se produisent surtout la nuit et qui siègent généralement aux mains.

Ces troubles se localisent dans le domaine du nerf médian et du nerf cubital, plus rarement ils se manifestent d'abord aux pieds, qui sont atteints secondairement, dans un assez grand nombre de cas.

Cette affection peut atteindre les lèvres et la langue, ainsi qu'il est arrivé chez le malade de M. Ballet.

Les troubles se limitent d'abord aux extrémités des membres et après quelque temps ils peuvent envahir les avant-bras, les bras, les épaules et les jambes. Quelques malades ne se plaignent que de fourmillements s'accompagnant d'une certaine raideur des extrémités ou d'une douleur sourde assez supportable.

Cette sensation d'engourdissement est un des symptômes les plus importants de l'affection. Il précède ordinairement tous les autres et n'est peut-être pas sans relations avec le développement des phénomènes ultérieurs.

En même temps, les malades éprouvent une sensation désagréable de froid d'autant plus intense que les autres symptômes sont plus manifestes.

A côté de ces phénomènes subjectifs, on trouve souvent des symptômes objectifs divers, consistant en des troubles vaso-moteurs, des perturbations de la sensibilité et de la température.

Ainsi, une de nos malades disait que ses mains étaient froides et qu'elles lui semblaient enflées.

Les troubles de la sensibilité sont minimes.

On peut constater un abaissement réel de la température, qui peut varier de un à deux degrés centigrades et cet abaissement coïncide ordinairement avec les spasmes des petits vaisseaux.

Les symptômes sont typiques et assez semblables d'un malade à l'autre.

Le premier caractère est l'intermittence des accidents.

Les crises sont régulièrement périodiques, revenant chaque jour à la même heure pour chaque malade.

C'est généralement la nuit qu'elles se produisent, au moment du coucher pour certains sujets, plus ordinairement au milieu de la nuit.

Les malades s'endorment, mais ils sont réveillés généralement après minuit, vers deux heures ou quatre heures du matin, par une sensation douloureuse.

La crise se termine habituellement dans la matinée, quelquefois au moment même où le malade se lève.

Dans les régions au niveau desquelles le malade éprouve le fourmillement, phénomène paresthésique, existe simultanément de l'anesthésie ; les malades ne sentent pas suffisamment les objets qu'ils tiennent ; ils ne peuvent exécuter des travaux délicats (coudre, tricoter) ; les objets tombent de leurs mains et les malades semblent être maladroits.

Ces troubles de sensibilité sont ordinairement pro-

gressifs, mais dans quelques cas, très rares cependant, les phénomènes peuvent débiter brusquement avec leur maximum d'intensité.

C'est le cas de Nothnagel, qui cite une observation, dont nous avons déjà parlé, et dans laquelle la malade raconte qu'après avoir lavé jusqu'à cinq heures de l'après-midi, elle est allée ensuite rincer sa lessive dans le courant d'eau froide ; elle fut prise subitement, pendant la nuit, de douleurs vives au niveau des extrémités.

Chez certains sujets, la maladie reste stationnaire ; ils n'éprouvent que des fourmillements qui s'accompagnent d'une certaine raideur et de paresthésie des extrémités.

Comme troubles moteurs, il faut signaler les crampes, et le Dr Gallois se demande s'il ne s'agit ici d'une contracture véritable. Le fait est difficile à vérifier, ajoute-t-il, car le médecin assiste rarement à ces crises généralement nocturnes. Il lui semble qu'il existe de la parésie qui se traduit dans les membres inférieurs par les phénomènes de l'effondrement des jambes ; mais il ne peut pas affirmer si cette parésie appartient vraiment au type pathologique en question ou à une association morbide.

Quelques malades se plaignent en même temps de vertiges, d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles, mais ces accidents peuvent être le résultat de l'anémie.

La douleur est quelquefois très forte et les malades la comparent à des piqûres, à des brûlures, etc... ; ces

douleurs sont calmées quelquefois par la chaleur et le massage.

Ainsi, l'une de nos malades soulageait ses atroces douleurs par le massage et les bains chauds.

L'eau chaude est généralement le meilleur moyen.

L'hiver fait souvent paraître les accès ; l'été, au contraire, agit comme une application d'eau chaude et soulage beaucoup les malades.

Les malades n'ont pas de troubles de nutrition des tissus ; la peau ne présente ni érosion, ni cicatrice, ni escharre ; pas d'atrophie musculaire, pas de réaction de dégénérescence musculaire.

Les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression, comme on l'observe dans les cas de névrite ; le calibre des vaisseaux n'est pas modifié.

En résumé, on peut dire que l'acroparesthésie est caractérisée surtout par des phénomènes subjectifs qui consistent en sensations d'engourdissements, de fourmillements et de douleurs qui deviennent quelquefois très intenses.

Dans quelques cas, on a le gonflement réel, l'abaissement de la température et la perturbation de la sensibilité.

DIAGNOSTIC

D'après les observations et la symptomatologie, nous voyons que l'acroparesthésie peut être diagnostiquée assez aisément.

L'asphyxie locale des extrémités se distingue de l'acroparesthésie par la symétrie des lésions, la teinte cyanosée de la peau, l'abaissement très notable de la température et l'apparition des escharres et des cicatrices, dans la dernière période de la maladie. Enfin, la marche relativement rapide de la maladie (3-4 mois), l'âge des malades (18-30 ans) et l'absence de régularité dans les rémissions dispersera tous les doutes.

La paralysie vaso-motrice des extrémités (érythromélalgie de Weir Mitchell), se différencie par les points cardinaux suivants : siège de l'affection (pieds) tuméfaction, douleur, rougeur, élévation de la température des membres, difficulté de la marche.

L'œdème bleu des hystériques (Charcot), se caractérise par son siège de prédilection (face dorsale des mains), par la tuméfaction plus ou moins étendue et la teinte cyanotique des téguments.

Ce sont donc, d'une manière générale, les troubles circulatoires, les modifications de coloration de la peau et de la température locale qui servent de point de départ pour le diagnostic différentiel de ces trois affections d'avec l'acroparesthésie.

L'affection que nous décrivons se rapproche évidemment le plus de la névrose vaso-motrice décrite par Nothnagel ; cette névrose, comme notre maladie, s'observe dans la plupart des cas chez les femmes, surtout chez les blanchisseuses et les domestiques, mais elle en diffère par ce fait que chez les malades atteintes de névrose vaso-motrice, il existe des troubles plus prononcés de la sensibilité ; une pâleur anormale des doigts, une hypothermie plus considérable, symptômes qui existent à peine chez les malades atteints d'acroparesthésie.

On trouve une grande ressemblance avec une forme particulière de la paresthésie des extrémités décrite par le Dr Berger. Elle consiste en une névrose sensitive avec troubles secondaires de la motilité. Son signe principal est une paresthésie douloureuse des pieds, apparaissant habituellement après une station debout ou après une position assise prolongée.

Cette maladie débute par la hanche et se propage aux orteils ; les bras sont rarement pris.

La sensation de pesanteur et de faiblesse accompagnent la paresthésie. L'accès dure quelques minutes.

La santé générale est bonne.

D'après le Dr Berger, ce serait une forme particulière de paresthésie musculaire et cutanée et il faudrait

en rechercher la cause dans une affection de la moelle.

Le diagnostic avec les névrites périphériques de l'ataxie locomotrice peut être fait par la recherche des reflexes, qui ne sont pas touchés dans notre maladie, et par l'absence d'incoordination des mouvements et d'autres signes d'ataxie.

Le diagnostic avec la sciatique est très facile : dans la sciatique, la douleur est localisée à un territoire nerveux déterminé, elle est augmentée par la pression et la chaleur ; dans l'acroparesthésie, les phénomènes sont inverses ; la douleur est diffuse et les malades se frottent les mains ou les plongent dans l'eau chaude pour calmer les souffrances.

Le rhumatisme est plus difficile à différencier.

Dans le rhumatisme chronique surtout, on observe quelquefois des phénomènes d'engourdissement, mais ces phénomènes coexistent avec des lésions des articulations, des nodosités ; la marche de l'acroparesthésie avec ses accès nocturnes est assez caractéristique pour ne pas la confondre avec le rhumatisme.

C'est avec les troubles prébrightiques, dit avec raison le Dr Gallois, que l'on peut surtout confondre l'acroparesthésie.

La sensation du doigt mort existe dans les deux cas, mais dans le petit brightisme, les accidents n'ont pas la même généralisation et surtout ne se reproduisent pas par crises nocturnes régulières.

MARCHE ET DURÉE

La maladie a une marche lente ; d'abord progressivement envahissante, elle s'atténue peu à peu.

Les sensations de fourmillements et de douleurs se localisent d'abord aux doigts, puis aux mains, aux épaules et atteignent après le membre supérieur, du côté opposé, mais frappe rarement les membres inférieurs.

Dans les cas où les membres inférieurs sont atteints, les phénomènes morbides sont beaucoup plus atténués.

Durant des années, un malade n'éprouve souvent ces symptômes morbides que pendant la nuit, quelques heures après le coucher, sans que les phénomènes paraissent dans la journée ; chez d'autres malades, les phénomènes atteignent une grande intensité et restent longtemps stationnaires, ne s'amendant que quelques années plus tard.

Les phénomènes d'acroparesthésie s'aggravent sous l'influence du froid, c'est-à-dire en hiver, et s'améliorent en été sous l'influence de la chaleur.

La maladie a donc une marche chronique avec des rémissions sous l'influence des saisons.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de l'acroparesthésie n'est pas toujours favorable.

La maladie, sans menacer la vie des malades, les rend infirmes et incapables à l'avenir d'exécuter un travail un peu fin.

Quelques malades peuvent facilement exécuter les travaux pénibles des champs, mais il leur suffit de prendre une aiguille dans la main pour que les phénomènes d'acroparesthésie les forcent à s'arrêter.

La maladie récidive souvent.

Quant au traitement, il doit se conformer aux causes qui ont produit la maladie.

Le professeur Bernhardt préconise également de combattre la cause de la maladie (anémie, cachexie) ; on doit défendre aux malades le travail qui oblige d'avoir souvent les mains dans l'eau froide.

Le professeur Ballet dit avoir obtenu les meilleurs résultats par l'usage régulier, trois ou quatre fois par semaine, de douches sulfureuses dirigées sur les membres et combinées avec des frictions quotidiennes au

moyen d'un morceau de flanelle légèrement enduit d'une pommade au tannin.

Putnam a obtenu quelques résultats avec du phosphore et de la strychnine.

Ormerod conseille le traitement par le bromure.

Sinkler emploie la galvanisation de la colonne cervicale, le bromure de potassium, l'ergotine et, après une première amélioration, la strychnine.

Berger donne de l'arsenic.

Bernhardt a employé dans un cas avec succès la galvanisation spinale, la quinine (0,50 à 1 gr.) et le bromure de potassium.

Le traitement électrique donne généralement des résultats assez satisfaisants.

Nous avons dit que le traitement de l'acroparesthésie doit varier suivant les causes qui ont produit la maladie. Comme dans deux de nos cas l'origine de la maladie était manifestement paludéenne, nous avons cru que le traitement par la quinine était tout indiqué. Et, en effet, ayant institué la médication spécifique de la malaria (quinine à la dose de 0,25 centigr. à 0,75 centigr.), nous en avons obtenu des résultats les plus encourageants.

Comme on voit de nos observations, la quinine a immédiatement eu raison des phénomènes morbides. L'emploi méthodique de cette médication a rendu complètement la santé à nos malades.

Nous croyons donc que dans les cas où l'étiologie de l'acroparesthésie est obscure, on pourrait essayer le traitement par la quinine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*).

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans. Dans la famille de son père on relève plusieurs antécédents alcooliques (grand-père et oncle) ; la malade a une cousine très nerveuse, atteinte de pyalisme et un frère imbécile, mort suicidé. La mère de la patiente était rhumatisante.

Elle même, autrefois protestante, s'est convertie au catholicisme qu'elle pratique avec beaucoup de dévotion. Revenue en Europe, la malade est toujours restée malade. Dans son enfance (12 ans) elle n'a eu qu'un rhumatisme musculaire et articulaire dont même actuellement elle n'est pas complètement débarrassée. De 17 à 28 ans, elle a habité le Canada, où elle a eu une attaque de fièvre intermittente très grave et est restée alitée pendant six semaines. Le médecin pensait d'abord à une fièvre typhoïde, mais bientôt il a reconnu la malaria. A l'examen des poumons on trouve le sommet gauche induré. Cependant la santé générale de la malade est en somme satisfaisante.

C'est en 1893 que la malade a commencé à éprouver des fourmillements et des douleurs dans les bras.

Elle vient consulter le médecin le 14 janvier 1895; disant que

surtout, depuis deux mois, elle éprouve des douleurs dans le bras droit. Les douleurs surviennent la nuit, vers une heure du matin et durent une heure environ pour disparaître ensuite ; elles reviennent de nouveau à cinq heures du matin et persistent alors jusqu'au lever de la malade. Ces douleurs partent du médius et un peu de l'annulaire, suivent la face dorsale de la main et de l'avant-bras et montent jusqu'au coude ; c'est comme un grand mal de dent, dit la malade. Les douleurs sont vives, parfois atroces. Elles siègent dans la peau, dans les muscles, dans les os, mais n'ont pas de localisation bien précise. Au lever, aussitôt quelques mouvements effectués, tout disparaît. Les doigts seuls restent pendant quelque temps engourdis mais ne présentent aucune sensation anormale ailleurs qu'au-dessus de la racine. Il n'existe pas d'autre phénomène morbide.

L'aspect des doigts et du bras ne présente aucune anomalie, la sensibilité dans tous ses modes est normale ; il y a cependant un certain degré d'hypoesthésie à la pointe du médius. La sensibilité à la pression est égale pour les mains et les avant-bras.

Le nerf cubital n'est pas sensible et présente le volume normal. Il n'y a pas d'atrophie musculaire à proprement parler, mais les fléchisseurs sont plus faibles qu'à l'état normal. Quoique la malade ne soit pas gauchère, la pression de la main droite est moins forte que celle de la main gauche. Ce phénomène est surtout marqué après les grandes douleurs.

La colonne vertébrale ne présente pas de déviations anormales, ni de sensibilité exagérée en aucun point. Le cœur est normal. Il n'y a pas de signes d'hystérie. On ne trouve aucune tumeur ni saillie qui puisse comprimer les nerfs. La rate n'a pas été recherchée.

On a d'abord pensé au rhumatisme, mais le salicylate de soude et l'antipyrine n'ont donné aucun résultat. Il n'y avait pas de raison pour penser à la névralgie syphilitique. Restait l'hypothèse de malaria. On administra 0,50 centigrammes de sulfate de

quinine à 10 heures du soir. Dès la première nuit, les douleurs ont été calmées presque complètement. Les deux nuits suivantes la malade répéta la même dose de quinine. Les douleurs sont revenues à l'heure habituelle, mais très affaiblies. Pendant les quelques jours suivants, quand la malade a cessé le traitement, les douleurs ont reparu comme avant l'emploi de la quinine.

Le 2 février 1895, la quinine a été reprise régulièrement, d'abord à la dose de 0,50 centigrammes, puis à la dose de 0,25 centigrammes pendant plusieurs semaines. Les douleurs ont complètement cessé aussitôt que le traitement spécifique du paludisme a été institué. En 1895 et 1896 les douleurs ne sont pas revenues.

Nous avons revu la malade le 26 mars 1899. Elle ne souffre pas du tout. Quelquefois encore elle sent un peu de fourmillement et de douleur ; mais il lui suffit de prendre 0,25 centigrammes de quinine pour que les accès avortent.

OBSERVATION II (*Personnelle*).

Dans notre seconde observation, il s'agit d'une femme âgée de 28 ans.

Comme antécédents personnels on relève dans son enfance la scrofule et une fluxion de poitrine à l'âge de 7 ans. Actuellement la santé générale est bonne.

En 1894, la malade a eu l'albuminurie gravidique, l'albumine a disparu quatre mois après l'accouchement. Pendant la période albuminurique elle a eu des fourmillements dans les mains, surtout dans la main droite. Les douleurs surviennent à deux heures du matin ; il serait plus exact de dire trois heures après le coucher ; elles persistent pendant des heures et ne cessent que quand la malade quitte le lit.

Les doigts s'engourdissent d'abord ; au dire de la malade, ils sont comme morts ; ils semblent enflés et glacés ; il paraît que c'est un signe objectif en même temps que subjectif, car le mari de la malade donne les mêmes renseignements que la malade.

Les doigts sont le siège de fourmillements, de picottements ; puis une douleur vive s'irradie sur le dos de la main et de l'avant-bras jusqu'au coude ; la malade dit qu'elle a la sensation du sable dans les mains.

Pendant ces accès, elle frictionne ses mains, les plonge dans de l'eau chaude et dit que cette dernière la soulage un peu.

Objectivement on ne trouve rien ; aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité ; pas de changement de l'aspect extérieur.

L'analyse des urines est faite ; la malade urine environ la valeur d'un litre. On trouve des traces d'albumine et de sucre.

Une seconde analyse, deux mois après, ne donne plus rien, ni albumine ni sucre.

La malade n'a jamais eu de rhumatisme et ces douleurs d'ailleurs ne ressemblent nullement aux douleurs rhumatismales. Il n'y a pas de nerfs douloureux à suivre.

La malade n'a jamais eu de syphilis.

Le 23 novembre 1894, la malade dit qu'elle a mal dans le côté gauche et c'est maintenant qu'elle se rappelle qu'à l'âge de 14 ans elle avait beaucoup mal dans le côté et qu'on lui a trouvé une grosse rate et qu'elle a été traitée par la quinine.

Ayant déjà rencontré un cas d'acroparesthésie, probablement d'origine paludéenne, nous avons pensé que peut-être la malade est sous l'influence de paludisme, et nous avons essayé de lui donner 0,50 centigrammes de sulfate de quinine trois jours de suite.

La première nuit, la douleur survint encore.

La deuxième nuit, la malade se réveilla encore à l'heure habituelle à cause de l'insomnie, mais elle n'eut pas de douleur.

La troisième nuit, la malade dort. Le quatrième jour la malade ne prit pas sa quinine et elle dort cette fois-ci toute la nuit, mais au réveil il existait un peu d'engourdissement des doigts et comme une légère contracture des fléchisseurs ; tout cela disparut après quelques mouvements. On continua la quinine à la dose de 0,25 centigrammes par jour.

La malade fut examinée le 27 novembre 1894 et on trouva une grosse rate sensible à la pression.

Au bout de quelques semaines, la rate était encore accessible au palper, mais notablement diminuée et devenue complètement insensible.

La malade a été revue en janvier 1897. La quinine était prise presque continuellement avec des interruptions de quelques jours ; il n'y a plus de douleurs ; le sommeil est bon ; les doigts sont encore souvent engourdis pendant la nuit. La rate est à peine la moitié de ce qu'elle était.

En février, la malade éprouve à peine quelques fourmillements.

En octobre 1897 les douleurs reviennent ; le sulfate de quinine agit avec le même succès.

En 1898, quelques fourmillements reviennent de temps en temps, très rarement cependant.

Nous avons revu la malade le 29 mars 1899, elle va tout à fait bien. Aucun accès d'aucune sorte. Quelquefois elle éprouve un peu de fourmillement sous l'influence des fatigues, mais cela passe très vite et surtout la malade n'a plus jamais d'accès douloureux la nuit comme elle en avait eus auparavant.

OBSERVATION III (*Communiquée par M^{me} NAGEOTTE*).

Notre troisième observation concerne une femme âgée de 35 ans.

Dans les antécédents héréditaires, on trouve la folie chez la mère, quelques personnes très nerveuses dans la famille.

La malade est extrêmement nerveuse et émotive, elle a des accès de tendresse et de pleurs, mais pas d'hystérie franche ; la santé générale est bonne ; la malade souffre de constipation rebelle et chronique.

En été 1897, la malade a eu une grippe assez forte suivie de névralgie quotidienne, à une heure fixe, dans la tête. Elle guérit au bout de trois semaines.

En octobre 1897, douleurs nocturnes dans le membre supérieur droit. Au mois de décembre 1896, il existait déjà un peu d'engourdissement et de fourmillement dans les doigts de la main droite, mais cela n'a pas duré.

Depuis quelques semaines, les fourmillements surviennent vers trois heures du matin, puis les douleurs vont en augmentant chaque nuit. C'est d'abord une sensation de serrement qui devient de plus en plus forte ; les douleurs commencent au pouce, puis se propagent au 4^e, 3^e, 2^e doigts ; le cinquième est à peine touché ou même pas du tout. Ensuite viennent des fourmillements, des engourdissements et la raideur des doigts sans changement d'aspect de la peau.

La sensibilité est diminuée ; depuis quelques jours il s'y joint une tension et une tuméfaction de la peau. Objectivement, on ne constate absolument rien ; aucune différence dans la sensibilité.

La valériane, le bromure de potassium et la quinine sont sans aucun effet.

La chaleur, les enveloppements et les bains chauds agissent bien, mais comme palliatifs seulement.

Au bout de deux mois environ tout cela disparaît graduellement. En octobre 1898, la malade est reprise de ces douleurs dans les bras ; cette fois-ci elle est rapidement guérie par les granules de colchicine.

CONCLUSIONS

1° L'acroparesthésie est une entité morbide autonome, assez facile à diagnostiquer et qui ne doit être confondue ni avec le rhumatisme, chronique surtout, ni avec la névrose vaso-motrice de Nothnagel, ni avec les petits signes du brightisme.

2° C'est une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement et dont chaque praticien peut rencontrer des exemples dans sa clientèle.

3° La cause et la nature de l'affection ne sont pas encore bien connues. Dans deux cas que nous présentons, l'étiologie peut nettement être rattachée au paludisme.

4° La marche de la maladie est longue et sa durée indéterminée. Le froid (hiver) aggrave les phénomènes morbides, le chaud (été) au contraire les améliore.

5° Le traitement de l'acroparesthésie doit varier suivant la cause qui l'a provoquée. Dans les cas où l'affection a une origine paludéenne, la médication spéci-

fique par la quinine nous semble la plus appropriée. Il faudrait même l'essayer quand l'origine est obscure.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNHARDT. — Ueber eine weing bekannte der Extremitäten besonders der oberen (Cent. Bl. f. Nervenheilk), IX, p. 33, 1886).
- SCHUTZE. — Ueber Akroparästhesie (Deutsche Zeitch. f. Nervenheilk, 300 p., 1893).
- ROSENBACH. — Die Auftreibung der Endphalangen des Fingers, eine bisher noch nicht beschriebene trophische Störung (Cent. Bl. f. New., XIII, p. 199, 1890).
- PIERRE MOHR. — Ueber Akroparästhesie. (Thèse de Bonn, 1890).
- LAQUER. — Ueber eine besondere Form von Parästhesie der Extremitäten (Arch. f. Psychiatrie, XYIV, p. 66, et Nural. Cent. Bl., 15 mars 1893).
- PUTNAM. — A series of cases of paraesthesia, mainly of the hands, of periodical recurrence and possibly of vaso-motor origin (Arch. of Medecin, IV, 1880).
- ORMEROD. — On a peculiar numbness and paresthesia of the hands (Et. Barthel. Hosp. Reports, p. 17, 1883).
- NOTHUAGEL. — Zur Lehre von den vaso-motorischen Neurosen (Deutsch. Arch. f. Klin.-Med., II, p. 173, 1867).
- BALLET. — Semaine médicale, 1895).
- BALLET. — Leçons cliniques, 1897.
- GALLOIS. — Bulletin méd., 1898, n° 96.
- SINKLER. — A form of numbness chiefly of the upper extremities (Lancet, II, p. 422, 1885).

SANNDBY. -- On a special form of numbness of the extremities (Lancet, II, p. 422, 1885).

LANNOIS. — Paralyse vaso-motrice des extrémités ou érythromé-lalgie (Thèse de Paris, 1880).

GRASSET ET RAUSIEZ. — Traité pratique des maladies du système nerveux, 1894.

BERGER. — Ueber eine eigenthümliche Form von Paraesthesia (Bresl., Aerz. Zeitschr., 1879).

